

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1929-1930. — N° 94

LES
KYSTES SÉREUX DU REIN

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 17 janvier 1930

PAR

Henri-Léon-Lucien MUNIER

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à SERMAIZE-LES-BAINS (Marne), le 2 février 1906.

Examineurs de la Thèse	{	MM. CHAVANNAZ, professeur.....	<i>Président.</i>
		DUVERGEY, professeur.....	{ <i>Juges.</i>
		PAPIN, agrégé.....	
		LOUBAT, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1929



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548422_0118

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1929-1930. — N° 94

LES
KYSTES SÉREUX DU REIN

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 17 janvier 1930

PAR

Henri-Léon-Lucien MUNIER

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à SERMAIZE-LES-BAINS (Marne), le 2 février 1906.

Examineurs de la Thèse	{	MM. CHAVANNAZ, professeur.....	Président.
		DUVERGEY, professeur.....	Juges.
		PAPIN, agrégé.....	
		LOUBAT, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1929

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

M. LANELONGUE, POUSSEON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH,
RIVIÈRE, BARTHE, LE DANTEC.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	VERGER	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	MAURIAC.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie.....	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales.....	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants.....	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.....	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGÈS.
Anatomie.....	VILLEMIN	Physique médicale et pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.....	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques.....	PETGES.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires.....	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.....	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. DELAUNAY (Physiologie). MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
Histologie.....	LACOSTE.	id.....	JEANNENEY.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	id.....	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	GREYX.	Obstétrique.....	PERY.
id.....	N.	id.....	N.
id.....	AUBERTIN.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	DAMADE.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	PIÉCHAUD.	Pharmacie.....	GOLSE.
Maladies mentales.....	PERRENS.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Puériculture.....	N.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmac.....	N.
Accouchements.....	PERY.	Pharmacie chimique.....	GOLSE.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MA SOEUR
LE DOCTEUR GABRIELLE NICOLLE-MUNIER

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL BRUGÈRE

*Directeur de l'École principale du Service de Santé de la Marine
et des Colonies,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier d'Académie.*

A TOUS MES MAITRES DES HOPITAUX

A MES JUGES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR G. CHAVANNAZ

*Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Correspondant national de l'Académie de Médecine
et de la Société de Chirurgie de Paris,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Décoré de la médaille interalliée et de la médaille de la Victoire,
Officier de l'Instruction publique.*

Qui m'a suggéré le sujet de cette étude, et qui en acceptant la présidence de cette thèse m'a donné une nouvelle preuve de sa bienveillance.

En témoignage de mon admiration et de ma reconnaissance.

LES

KYSTES SÉREUX DU REIN

INTRODUCTION

Les kystes du rein les plus fréquents ont été fort bien étudiés et sont très connus des chirurgiens : c'est ainsi que le rein polykystique, les kystes hydatiques et hématiques, certaines hydronéphroses sont du domaine des interventions presque courantes.

Il existe, par contre, une variété de kystes du rein, variété très rare et dont le diagnostic n'est, pour ainsi dire, jamais fait : nous voulons parler des kystes séreux du rein que nous nous proposons d'étudier dans ce travail.

Cette question des kystes séreux du rein, de par leur rareté même, a toujours été très obscure, et même à l'heure actuelle leur étiologie et leur pathogénie sont assez mal connues et très discutées. Cependant de réels progrès ont été faits, ces dernières années, en ce qui concerne le diagnostic de ces tumeurs, et, fait plus important, surtout en ce qui concerne leur traitement.

Nous essaierons donc, d'après les derniers ouvrages parus à

ce sujet et d'après les observations les plus récentes, de tracer un tableau d'ensemble de ces kystes séreux du rein : étiologie et anatomie pathologique, pathogénie, symptômes et diagnostic. Enfin, nous exposerons le traitement opératoire actuel, dont le réel progrès fait de cette affection autrefois grave, parce que mal connue, une affection presque toujours essentiellement curable.

ÉTIOLOGIE

L'étiologie des kystes séreux du rein reste encore actuellement très obscure. Nous ne savons à peu près rien sur les causes et l'origine de ces tumeurs. On ne peut en dire qu'une chose, c'est qu'elles sont très rares.

D'après les plus récentes statistiques, cette affection a une prédilection marquée pour l'âge adulte et la vieillesse : le kyste séreux a son maximum de fréquence entre 40 et 60 ans. Le sexe féminin semble également plus atteint que le sexe masculin. Sur les 124 observations recueillies par Laquière, interne des hôpitaux de Paris, en 1925, 70 p. 100 des malades sont des femmes. D'après les observations que nous avons pu réunir depuis cette date, sur 10 malades, 8 appartiennent au sexe féminin.

Certains auteurs ont voulu rattacher l'origine de ces kystes à une affection du parenchyme rénal : maladies infectieuses et scléroses. Simon, *in* thèse de Paris, 1906, semble soutenir une théorie intermédiaire et ferait jouer un rôle dans l'étiologie de ces tumeurs aux fièvres éruptives.

Nous préférons ne pas accorder grande importance à ces théories, et constater simplement avec Laquière que le rein où se développe un kyste séreux est toujours ou presque toujours sain. En effet, dans la littérature médicale, on ne connaissait, en 1925, que 9 cas de ces tumeurs développées aux dépens de reins malades sur les 124 cas connus, à savoir : 3 cas de sclérose (Giuliani, Harm, Harpster), 1 cas de néphrite (Terrier), 2 cas de tuberculose (Sarkisiantz, Desnos), 1 cas de lithiase (Vogel), 1 cas de pyélonéphrite (Lorédan), 1 cas de rein en fer à cheval (Moynihan).

On a très souvent vu également coexistence de kyste séreux avec rein flottant, mais il ne saurait être question d'en faire la cause du kyste. C'est bien plutôt, croyons nous, le développement du kyste qui mobilise le rein et en provoque la ptose.

D'autre part, Ruckert, Letulle et Verliac attribuent au kyste séreux du rein une origine congénitale. Cette théorie peut s'appuyer entre autres sur le fait suivant, à savoir la présence de petites formations kystiques dans des reins de fœtus (Braunworth).

Nous préférons, avec Pousson, rester très éclectique et circonspect en admettant des causes multiples aux kystes qui nous occupent. Nous reviendrons d'ailleurs sur cette question à propos de la pathogénie de ces tumeurs.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les auteurs étrangers donnent souvent au kyste séreux du rein le nom de kyste solitaire; en effet, ces kystes sont presque toujours uniques, cependant Hertz a publié deux observations de kystes séreux doubles; on peut dire que c'est l'exception. Le kyste séreux est unique, il est également unilatéral. Le rein droit est le plus souvent en cause.

Le siège de la tumeur est variable; les statistiques de Laquière donnent le premier rang au pôle inférieur dans une proportion de 40 p. 100, puis au pôle supérieur, 21 p. 100. Puis viennent les kystes du bord convexe, 7 p. 100, et du bord interne. Rares sont ceux de la face antérieure; il faut également faire la part de ceux qui sont accolés au bassinet; nous verrons plus loin tous les renseignements que l'on peut en tirer au point de vue du diagnostic en se servant des méthodes pyélographiques et pyéloscopiques.

Très variable est la *dimension* de ces kystes, pouvant aller de la grosseur d'une noix, jusqu'à des contenances de plus de 10 litres de liquide, ainsi qu'en fait preuve une observation de Cassioli. Mais le plus souvent, ainsi que nous le verrons dans nos observations, ces tumeurs sont de la dimension d'une grosse orange ou même d'une tête de fœtus.

Leur *forme* est régulière, le plus souvent ovoïde, sans déformations d'aucune sorte. Leur couleur est bleuâtre, quelquefois blanc gris; quant à leur paroi, toujours excessivement mince, une infinité de petits vaisseaux très friables la parcourent en tous sens.

La façon dont s'implantent ces kystes est toujours la même;

ils font étroitement corps avec le rein, ce sont des kystes sessiles et on ne leur a jamais trouvé de pédicules. Ils se confondent, en effet, par leur partie cupulaire avec le parenchyme rénal, et Delore et Guy Mallet (de Lyon), dans un ouvrage paru en 1925 dans le *Lyon chirurgical*, citent un cas où la tumeur était accolée aux calices. On peut juger, dès maintenant, de la difficulté de l'énucléation complète d'une telle tumeur.

Ces kystes, suivant leur siège sur le rein, présentent des rapports intéressants avec les organes voisins. Le bassinnet est souvent refoulé par la tumeur, ainsi que la première portion de l'uretère. Le cæcum, le côlon, le foie, le pancréas, l'estomac, la rate peuvent être également refoulés. Il se produit alors quelquefois des adhérences surtout avec l'intestin, et ceci quand il s'agit de kystes anciens et volumineux, d'où la difficulté du diagnostic.

Enfin, si ce n'est pas la règle, il y a généralement coexistence du kyste séreux avec rein flottant. En effet, le développement du kyste tend toujours à abaisser le rein et à le faire sortir de sa loge, ce qui explique les erreurs de diagnostic les plus fréquentes ; on pense simplement à un rein mobile, alors que ce dernier n'est que la conséquence du kyste séreux.

HISTO-PATHOLOGIE

L'étude histologique des kystes séreux du rein se divisera, cela va de soi, en :

- A. Étude de la paroi ou poche ;
- B. Étude du contenu : la sérosité.

A. LA PAROI. — La paroi se divise en deux couches : externe et interne.

1° *La couche externe.* — Comme dans la plupart des kystes en général, la couche externe est formée de *fibres conjonctives* lâches disposées en travées parallèles et concentriques. Elle est peu ou point vascularisée. Sabrazès pense plutôt à un tissu fibreux. Fait intéressant, on retrouve dans l'épaisseur de ce tissu conjonctif des formations rappelant le parenchyme rénal : tubes et glomérules de Malpighi absolument bien conservés. Lipskeroff prétend même y avoir trouvé des formations se rapprochant du tissu des surrénales.

Quelquefois cette couche externe présente des zones de *calcification* (importance de la radioscopie dans ce dernier cas au point de vue du diagnostic).

Sans qu'il y ait aucune espèce de démarcation, cette paroi se continue avec le parenchyme rénal. Ce parenchyme, d'après certains auteurs, entre autres Brin, présenterait au point d'implantation du kyste certaines modifications, telles que des saillies papillaires.

Mais le plus souvent, le parenchyme rénal est absolument normal et sain et n'offre aucune lésion glandulaire appréciable ; quelquefois, peut-être, une légère bande de sclérose.

2° *La couche interne.* — Elle est assez variable, étant sujette à des modifications nombreuses à propos desquelles des auteurs discutent beaucoup. Comme le liquide intrakystique a une certaine tension, il peut altérer sensiblement les cellules de cette couche interne, en sorte qu'il est difficile de savoir exactement à quel ordre de cellules on a affaire. Cependant, malgré leur desquamation ou leur altération, tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître que cette couche interne est formée d'une seule rangée de cellules. Pour Letulle et Verliac, elles seraient *cuboïdes*; pour la plupart des autres auteurs, ces cellules seraient plates et l'on aurait affaire alors soit à un *épithélium*, soit même plutôt à un *endothélium* (Sabrazès, Société de biologie, 1920).

B. LE CONTENU KYSTIQUE. — C'est toujours un liquide, le plus souvent très clair, citrin, très rarement trouble. Pourtant, parmi les auteurs anglais, Moxon dit avoir trouvé une fois une substance colloïde; c'est l'exception. Dans l'observation que nous avons prise dans le service de M. le professeur Chavannaz, le liquide kystique était absolument clair, citrin.

Quant à la *cytologie* de ce liquide, les éléments qu'on y trouve sont rares : quelques leucocytes, des hématies altérées et quelques cellules desquamées. Souvent même, tous les éléments figurés manquent, et Sabrazès, dans son compte rendu à la Société de biologie de 1920, n'a trouvé absolument aucun élément cytologique à l'examen du liquide de la tumeur qu'il présentait.

La *composition chimique*, elle, est variable, surtout au point de vue de la quantité des matières analysées. On y trouve d'abord de l'urée, puis de l'albumine, enfin des chlorures, quelquefois aussi des carbonates. En somme, c'est un liquide qui se rapproche beaucoup de l'urine, à tel point que certains auteurs même ne l'en différencient pas.

D'après l'étude histologique que nous venons de tracer, il est dès maintenant avéré que la tumeur que nous étudions est essentiellement bénigne, puisque, dans sa constitution, on ne trouve aucun caractère commun avec celle des néoplasmes.

PATHOGÉNIE

Si, grâce à la science des anatomo-pathologistes et à la précision du microscope, tous les auteurs sont d'accord pour faire du kyste séreux du rein une tumeur nettement définie et possédant ses caractères propres, il est loin d'en être de même de sa pathogénie ; celle-ci est, en effet, très discutée.

Ce problème a suscité autrefois de nombreuses théories soutenues par les urologistes les plus connus ; à l'heure actuelle, certaines d'entre elles ont dû être abandonnées et ont fait place à des hypothèses fondées sur des données plus scientifiques.

Les théories les plus anciennes reconnaissent aux kystes séreux une cause mécanique. Par suite de la présence d'un obstacle, soit au niveau du tube urinifère, soit au niveau du glomérule, il se produit une dilatation sus-jacente tendant toujours à s'amplifier, d'où formation d'une poche plus ou moins volumineuse remplie d'urine : c'est le kyste par rétention.

En effet, les partisans de cette ancienne théorie, comme Vogel, admettent que l'épithélium de la couche interne de la paroi kystique ne diffère en rien de l'épithélium urinaire et que le liquide intrakystique n'est que de l'urine plus ou moins modifiée.

Quant à la nature de l'obstacle, il s'agirait, pour Labadie-Lagrave, d'un bouchon de fibrine ou de mucus ; pour d'autres, de cellules desquamées. Pour d'autres encore, l'occlusion serait due à de la sclérose, mais il faudrait alors faire intervenir d'abord un processus inflammatoire.

Telle est la *théorie mécanique*.

Plus tard, on a pensé à faire du kyste séreux une tumeur

néoplasique. Mais cette hypothèse a été rapidement abandonnée comme étant en contradiction nette avec la clinique d'une part et l'histologie d'autre part.

Plus récemment Letulle et Verliac ont attribué aux kystes séreux du rein une *origine congénitale*, soit par malformation, soit par défaut de développement de l'organe. Braunworth a même trouvé (nous l'avons vu à propos de l'étiologie) des formations kystiques dans des reins de fœtus.

Enfin, en recherchant aux dépens de quel tissu se forme la poche kystique, d'autres auteurs ont émis diverses opinions. Pour les uns, la *corticale* est en cause ; pour les autres, comme Duplay, c'est la *médullaire*.

Quant à Sabrazès, il reconnaît au kyste une *origine vasculaire et lymphatique*. Il se base, d'une part, sur la nature de la paroi dont l'endothélium de la couche interne est identique à celui des vaisseaux, et, d'autre part, sur la composition chimique du liquide intrakystique qui renferme toujours de l'albumine et ne contient jamais de mucus.

Ces diverses théories apportent à la solution du problème pathogénique que nous envisageons une contribution intéressante, mais aucune d'elles ne permet une conclusion absolument définitive.

SYMPTOMATOLOGIE

La symptomatologie du kyste séreux du rein est habituellement si fruste que c'est à l'occasion d'un examen général que l'attention est attirée du côté du rein, ou que, plus souvent encore, c'est une découverte d'autopsie.

En effet, le début est toujours latent et l'on n'a observé que des kystes ayant atteint un certain volume.

C'est donc à la période d'état que les malades viennent consulter le médecin. Chez les uns, c'est la douleur qui domine ; chez les autres, ce sont les signes de compression.

I. SIGNES FONCTIONNELS. — *La douleur* est essentiellement variable :

a) Dans son *siège*, elle est nettement lombaire ou bien elle est épigastrique, vésiculaire, péri-ombilicale ;

b) Dans ses *irradiations*, elle peut être en ceinture (P. Duval), elle peut se propager vers les organes génitaux ou même vers le thorax et l'épaule droite ;

c) Dans son *intensité*, tantôt sourde et continue, la douleur peut s'exagérer et se traduire par des crises paroxystiques, ainsi que nous l'avons observé dans l'histoire de notre malade (Obs. I). Mais plus fréquents sont les cas où les symptômes sont moins précis et relèvent de la compression provoquée par la tumeur.

C'est ainsi qu'on a pu observer : Soit des troubles digestifs avec vomissements, constipation, météorisme par compression du tube digestif (P. Duval) ;

Soit des œdèmes par compression des gros troncs veineux ;

Soit de la dyspnée par soulèvement du diaphragme.

II. SIGNES GÉNÉRAUX. — Le kyste rénal ne provoque pas d'altération de l'état général, mais cependant les crises paroxystiques s'accompagnent parfois de fièvre qu'il est d'ailleurs difficile de rapporter uniquement à la tumeur, à cause de la coexistence possible de lithiase rénale, par exemple (Dosza, Obs. IV).

III. SIGNES PHYSIQUES. — Les signes physiques sont les plus importants et les malades eux-mêmes ont souvent reconnu la présence d'une grosseur abdominale.

a) *Inspection*. — Si le volume de la tumeur est assez important, elle est visible à la simple inspection, soulevant quelquefois une des fosses iliaques (Obs. V).

b) *Palpation*. — Dans tous les cas, la palpation décèle son existence.

Elle *siège*, soit dans un des flancs, le droit le plus souvent, soit au-dessus du petit bassin, soit dans la région ombilicale.

De *consistance* rénitente et élastique, elle n'est fluctuante que dans les cas d'énorme collection kystique. Elle est toujours indolente.

Sa *mobilité* est très grande; c'est là son caractère le plus constant et c'est ce qui explique qu'on la confonde avec un rein flottant ou ptosé (Obs. I).

c) *Percussion*. — A la percussion, la tumeur est mate, mais le rein peut être masqué par une sonorité intestinale (côlon) qui enlève de la valeur à ce signe.

RADIOSCOPIE ET RADIOGRAPHIE. — Une fois reconnue l'existence de la tumeur, on précise ses rapports avec les organes voisins par des examens radiographiques.

La radioscopie, après insufflation du côlon, montre l'indépendance de la tumeur.

La *pyéloscopie*, plus importante encore, permet de constater la non-participation du bassinet et de l'uretère (Obs. I, Obs. Dosza IV).

EXAMENS DE LABORATOIRE. — Les examens de laboratoire couramment pratiqués sont le plus souvent négatifs.

Les urines sont normales ou renferment exceptionnellement des traces d'albumine ou encore du pus en petite quantité.

La constante d'Ambard est normale. L'épreuve de l'élimination du bleu de méthylène et de la phénolsulfonephtaléine est normale.

La séparation des urines décèle une diminution de la sécrétion urinaire du rein malade, sans autre trouble.

ÉVOLUTION

Le kyste séreux du rein étant une tumeur essentiellement bénigne, ainsi que nous l'avons vu, évolue généralement d'une manière sourde et lentement progressive, sans manifestations bruyantes.

Cependant, des complications peuvent en hâter l'évolution, mais elles sont rares. On a signalé la suppuration du kyste, sa rupture, l'hémorragie intrakystique, toutes choses exceptionnelles d'ailleurs. La compression provoquée par le kyste peut, elle-même, causer des accidents graves, tels que l'ictère ou l'occlusion intestinale, mais ce mode d'évolution est très discuté.

FORMES CLINIQUES

Ainsi que nous venons de le voir, il n'existe donc pas de signe véritablement pathognomonique du kyste séreux du rein. Aussi les formes cliniques en sont-elles assez variables. Nous allons cependant tenter d'en brosser un tableau aussi schématique que possible.

Avec Laquière, on distinguera d'abord les *formes latentes* que l'autopsie seule révèle, et des *formes douloureuses* comme celles présentées par la malade de notre observation I.

Puis, d'après le *siège de la tumeur*, on peut reconnaître les *kystes du pôle inférieur* les plus fréquents, mais souvent inaperçus parce que confondus avec le rein lui-même, et ceux du *pôle supérieur*, plus rares, mais donnant naissance à des troubles morphologiques très particuliers du côté du thorax (vous-sure thoraco-abdominale, troubles dyspnéiques par compression du diaphragme).

Enfin, les *kystes sur rein mobile*, dont le diagnostic est particulièrement délicat, pour ne pas dire impossible, et les *kystes très volumineux* formeront chacun une classe à part.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic du kyste séreux du rein n'est pratiquement jamais posé, c'est une découverte d'intervention ou d'autopsie. Laquière, dans sa statistique, accuse 11 diagnostics positifs sur 124 cas reconnus. Dans les 10 observations que nous avons recueillies depuis 1925, aucun auteur n'a pensé au kyste séreux.

Le diagnostic différentiel sera basé sur les deux caractères principaux : douleur et tumeur.

La douleur, qu'elle soit sourde et continue ou qu'elle soit paroxystique, peut être attribuée, suivant son siège et ses irradiations, à la vésicule biliaire, à l'appendice, aux ovaires, aux trompes, aux calculs rénaux.

La tumeur, quand elle est décelable, soulève le problème de toutes les tumeurs abdominales si l'on n'a pas découvert, par les différents examens, à quel organe elle appartient. C'est ainsi qu'on peut être amené à discuter un kyste de l'ovaire, une grosse vésicule, une rate ou un foie hypertrophiés suivant le siège de la tumeur.

Cependant, dans nombre de cas, on reconnaît que la tumeur est du domaine du rein, grâce à la radioscopie et surtout à la pyéloscopie (Obs. I et IV).

L'examen des urines presque toujours négatif, ne décelant pas la présence de pus ou de sang, permet d'éliminer d'une manière absolue la tuberculose, le néoplasme et la pyélonéphrite.

La lithiase rénale, cependant, n'écarte pas nécessairement l'hypothèse de kyste séreux, car les deux affections peuvent coexister (Obs. IV).

Il en est de même pour le rein mobile, c'est là le diagnostic le plus difficile. En effet, le kyste peut se développer sur un rein mobile ou même provoquer sa ptose tout en lui conservant sa forme : la tumeur n'est pas distincte du pôle rénal lui-même (Obs. I), et c'est une découverte d'intervention.

Si l'on a reconnu qu'il s'agit non pas d'un rein ptosé, mais d'un gros rein, le diagnostic se pose avec l'hydronéphrose ; seul le cathétérisme urétéral lèvera tous les doutes en montrant un bassinnet augmenté de volume avec un résidu plus ou moins important, s'il s'agit d'une hydronéphrose ouverte, ou bien l'absence d'urine, s'il s'agit d'une hydronéphrose fermée.

On voit par ce qui précède que le diagnostic de kyste séreux du rein est extrêmement difficile ; il ne faudra donc négliger aucun examen, et particulièrement la *pyéloscopie* qui est d'un intérêt capital à ce sujet.

En effet, quand on voit l'uretère et le bassinnet s'injecter normalement, on peut préciser par la palpation de la masse lombaire ou abdominale les rapports qu'elle affecte avec ces derniers.

On a donc la notion précise d'un bassinnet non dilaté (dans les cas non compliqués où, par exemple, la tumeur siège exactement entre les deux pôles du rein) et solidaire de la masse dont on veut faire le diagnostic.

Par conséquent, on ne pourra donc hésiter qu'entre une tumeur tout à fait localisée à une partie du rein ou à une tumeur paranéphrétique extrêmement adhérente à ce rein. Or, il n'existe pas de tumeur paranéphrétique pouvant avoir ces caractères de masse arrondie, en sorte que l'on est amené, aidé par cet examen, à l'idée d'un kyste séreux probable.

Mais il ne saurait être question d'en déduire un diagnostic absolument positif, ne resterait-il à discuter que celui du *kyste hydatique* toujours possible ; évidemment, les réactions de ce dernier : Weinberg positif, éosinophilie, mettent sur la voie, mais combien de fois correspondent-elles à la réalité ?

Malgré tout, ne servirait-elle qu'à éliminer de grosses erreurs (kyste de l'ovaire, gros foie ou grosse rate) ou à localiser étroitement la tumeur en cause, on peut dire que la pyéloscopie est d'un grand secours dans le diagnostic des kystes séreux du rein.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

I. — Pronostic.

Le pronostic du kyste séreux est bénin, tant par son évolution spontanée que par le traitement essentiellement conservateur.

Seules les adhérences, soit aux vaisseaux, soit aux organes voisins, peuvent nécessiter une opération mutilatrice (Obs. X).

II. — Traitement.

Autrefois, quand la tumeur était très volumineuse et fluctuante, on pratiquait la *ponction* du kyste. Mais cette intervention n'a plus aujourd'hui qu'un intérêt historique à cause des dangers qu'elle présentait : perforation intestinale et ouverture des vaisseaux, pour ne citer que les plus graves.

Plus tard, on recourut à la *marsupialisation* de la poche kystique, mais ce procédé est également abandonné, n'ayant d'intérêt que dans les cas extrêmement rares de suppuration.

Avant qu'on n'eût la certitude que le kyste séreux du rein fût bénin, on pratiquait systématiquement la *néphrectomie*. Mais la gravité de cette intervention et surtout son inutilité la firent délaissier au profit d'une opération conservatrice. Actuellement, on la réserve aux cas où les kystes présentent des adhérences avec les organes voisins et les vaisseaux (Obs. X).

L'intervention de choix est aujourd'hui l'*énucléation* du kyste. Elle peut être totale ou partielle.

L'énucléation totale est inutile et dangereuse, car elle nécessite

une néphrectomie partielle, à cause de la pénétration intime du kyste dans le parenchyme rénal. L'hémorragie qu'elle provoque presque toujours peut entraîner l'opérateur à une ablation complète du rein.

L'énucléation partielle, au contraire, est suffisante, puisque la tumeur, étant bénigne, ne récidive jamais, et elle n'est pas dangereuse, car les risques d'hémorragie sont beaucoup moindres : c'est ce qu'on appelle la *résection en collerette*. Cette opération consiste à laisser adhérent au rein la cupule du kyste.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE. — Les *voies d'accès* diffèrent avec le siège de la tumeur, soit la voie classique lombaire, soit la voie abdominale. Cette dernière est la plus employée, car la tumeur est plus souvent abdominale et l'on ne sait pas toujours si elle appartient au rein.

Quoi qu'il en soit, une fois le kyste découvert, on le ponctionne, on pratique l'excision de la poche kystique, sa capitonnisation et le rapprochement de ses deux lèvres par trois plans de suture.

Telle est la méthode de choix (résection en collerette) employée aujourd'hui pour les kystes non suppurés et ne présentant point d'adhérences, et c'est celle qui a été appliquée dans le cas que nous avons étudié (Obs. I).

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (personnelle).

Recueillie dans le service de M. le professeur CHAVANNAZ.

M^{me} D..., 68 ans, entre à l'hôpital, le 10 mai 1929, pour crises douloureuses du bas-ventre.

Histoire de la maladie. — La malade nous raconte qu'elle a eu trois crises : la première en 1916 ; c'était une crise douloureuse, spontanée, sans vomissements. La douleur siégeait au bas-ventre du côté gauche et remontait vers l'épigastre. Cette crise eut une durée d'environ deux heures et ne s'accompagna pas de phénomènes fébriles. La seconde, en 1920, eut exactement les mêmes caractères.

Au cours de la troisième, en 1928, identique aux deux autres, il fut impossible à la malade d'uriner. Puis, la crise se termina par une débâcle urinaire.

Antécédents personnels. — Célibataire. Ménopause à 65 ans. Jamais de pertes.

Antécédents héréditaires. — Une sœur morte de tuberculose probable.

Examen. — Inspection : La simple inspection ne dévoile aucune tumeur abdominale.

Palpation : La palpation abdominale découvre une tumeur de la dimension d'une grosse orange et siégeant au niveau du flanc gauche ; elle présente le contact lombaire.

Sa consistance est ferme, sa forme est arrondie, sa mobilité est très grande.

Il n'existe pas de douleur à la pression ; il semble qu'on soit en présence d'un rein gauche flottant.

Percussion : Elle ne décèle qu'une sonorité au-dessus de la tumeur.

Examens de laboratoire. — Les urines sont normales :

Albumine, traces ;

Glucose, 0 ;

Acétone, 0.

La constante d'Ambard donne les résultats de 0,10.

L'épreuve de la phénolsulfonephtaléine donne 45 p. 100.

Radioscopie. — A la radioscopie, après injection préalable du côlon, on se rend compte de l'indépendance de la tumeur.

L'urétérropyélographie, pratiquée par Chenut et Réchou, elle aussi nous donne ses renseignements :

L'uretère gauche et le bassinet, injectés au lipiodol, sont normaux en position trajet et volume. La tumeur qu'on a isolée à la radioscopie, semble dépendre de l'arbre urinaire et siéger immédiatement au-dessous du bassinet, probablement du pôle inférieur du rein.

Diagnostic. — En présence des symptômes déjà décrits et de ces examens, on pose le diagnostic de *tumeur liquide du rein gauche, indépendante du bassinet.*

Intervention. — On opère la malade le 18 mai 1929. On adopte la voie abdominale. Par une incision paramédiane gauche, on découvre une tumeur volumineuse de la dimension d'une petite tête de fœtus, soulevant le côlon ascendant et située en arrière de lui.

La tumeur, qui appartient au rein, dont on sent le pôle supérieur sain, est recouverte d'une très fine membrane vasculaire. L'incision de cette membrane permet l'isolement d'un kyste séreux, qui attiré en avant montre son développement aux dépens du pôle inférieur du rein gauche. Après ponction du kyste, qui laisse écouler un liquide citrin clair, on pratique l'excision, puis la capitonisation de la poche. Enfin, on fait le rapprochement des deux lèvres de cette dernière par 3 plans de catgut-séparés.

Le tamponnement de la loge rénale est assuré par deux mèches.

On ferme la plaie par trois points de suture.

Analyse du liquide kystique. — On pratiqua l'analyse chimique du liquide de ce kyste séreux. En voici les résultats :

Urée, 0 gr. 70 p. 100;
Chlorures, 7 grammes p. 100;
Phosphates, traces;
Albumine, 16 grammes p. 100.

L'analyse cytologique, ainsi qu'il est de règle, ne donne que peu de résultats. On découvre seulement de très rares leucocytes.

Examen anatomo-pathologique. — Pratiqué par le docteur Nadal, il donne les résultats suivants :

La paroi du kyste est constituée par une condensation fibreuse du tissu rénal.

Cette paroi présente, comme il fallait s'y attendre, une tendance assez accentuée à la disposition lamellaire. Ces lamelles ménagent entre elles des lignes de clivage où se trouvent des cellules conjonctives aplaties, et souvent des éléments leucocytaires.

Les noyaux cellulaires des cellules soit fixes, soit migratrices, sont plus nombreux vers l'extérieur du kyste.

On devine l'existence d'un épithélium aplati, d'origine rénale vraisemblablement, et qui ne laisse de traces que dans les parties particulièrement protégées, la desquamation ayant fait son œuvre partout ailleurs.

Dans cette paroi, restent inclus des tubes épithéliaux à divers degrés d'atrophie, mais dont l'origine rénale est encore facilement reconnaissable — on y trouve même quelques glomérules.

La vascularisation est irrégulière, parfois très riche et comme lacunaire.

En somme, c'est là la constitution d'une véritable paroi adventice fibreuse ayant englobé, dans son évolution quasi cicatricielle, les éléments nobles du voisinage.

Suites opératoires. — Les suites opératoires furent très normales : pas de température, pas de suppuration, bonne cicatrisation de la plaie. La malade sort guérie.

OBSERVATION II

DOSZA, *Zeitschrift Urologische*, 1927.

Femme de 38 ans, entre à l'hôpital pour grosseur du bas-ventre.

A l'examen, on remarque dans l'hypocondre gauche une grosse tumeur élastique et lisse que la radiographie et la pyélographie rattachent au rein.

A l'intervention, on découvre à la partie inférieure du rein gauche un kyste volumineux. La ponction en fait écouler 1.200 cc. de liquide séreux. A côté de ce kyste volumineux s'en trouve un autre plus petit, également séreux.

Technique opératoire. — Après ponction du kyste, on pratique la résection de la paroi et le tamponnement à la gaze iodoformée. Guérison.

OBSERVATION III

DOSZA, *Zeitschrift Urologische*, 1927.

Femme de 50 ans présentant dans le flanc gauche une grosse masse mobile avec les mouvements respiratoires, ayant les caractères d'une tumeur rénale sans troubles urinaires.

Intervention. — Résection de deux gros kystes du volume d'un œuf après ponction d'un liquide séreux. Résection de la paroi. Tamponnement à la gaze iodoformée. Guérison.

OBSERVATION IV

DOSZA, *Zeitschrift Urologische*, 1927.

Ici le cas est plus complexe. Il s'agit d'une femme de 62 ans ayant une énorme hernie ombilicale. Cette malade, depuis six mois, fait de grands accès de température accompagnés de pyurie légère.

A l'examen, le rein droit est très augmenté de volume et perceptible dans la fosse iliaque.

La pyélographie montrait à droite un bassin triangulaire, l'uretère décrivait un trajet en S, et dans son voisinage, sur la ligne médiane, une quinzaine de petits calculs étaient visibles dans le petit bassin.

On fait alors le diagnostic de lithiase rénale avec hydronéphrose infectée. A l'intervention, on tombe sur un gros kyste séreux du pôle supérieur du rein indépendant des voies urinaires. Chose importante et originale à signaler, il existait un bassinnet avec calices extraréniaux. On pratiqua alors la néphrectomie vu l'infection et la malformation du rein. Guérison.

OBSERVATION V

FULLERTON, *The British Journal of surgery*, 1927.

Femme de 45 ans qui, à l'occasion d'un examen général, fait découvrir une tumeur lombaire. Aucun signe urinaire.

A l'intervention on trouve un kyste du pôle supérieur dont la paroi est formée de tissu conjonctif sans revêtement épithélial. Les tissus qui avoisinent la tumeur sont légèrement tassés et infiltrés de cellules rondes.

OBSERVATION VI

W.-J. CARSON. MILWAUKEE, *Annals of surgery*, 1928.

Il s'agit d'un homme de 62 ans présentant un néoplasme de la vessie avec obstruction de l'uretère droit.

A l'intervention, on découvre au pôle supérieur du rein gauche un kyste séreux qui laisse écouler par la ponction 800 cc. de liquide clair citrin.

Examen chimique du liquide :

Urée, 0 gr. 80 p. 100 ;

Phosphates, traces ;

Chlorures, 9 grammes p. 100 ;

Albumine, 20 grammes p. 100.

L'analyse cytologique ne fait découvrir aucun élément figuré.

OBSERVATION VII

W.-J. CARSON. MILWAUKEE, *Annals of surgery*, 1928.

Femme de 45 ans ayant subi une néphrectomie pour tumeur rénale, on découvre qu'il s'agit d'un kyste séreux du bord convexe et d'un pôle à l'autre mesurant 25 centimètres sur 20.

OBSERVATION VIII

W.-J. CARSON. MILWAUKEE, *Annals of surgery*, 1928.

Nègre de 25 ans; mort par infection typhique. Son autopsie fait découvrir un gros kyste séreux siégeant au pôle inférieur de chaque rein.

OBSERVATION IX

W.-J. CARSON. MILWAUKEE, *Annals of surgery*, 1928.

Femme de 45 ans présentant une tumeur abdominale du côté droit. On intervient par une néphrectomie et l'on découvre un kyste du pôle inférieur du rein droit mesurant 6 centimètres sur 4. Le contenu kystique était trouble.

OBSERVATION X

PILLET (de Rouen), juin 1929.

M^{me} X..., 59 ans, célibataire, a remarqué dans son ventre une tumeur indolore. A l'examen, la fosse iliaque droite est soulevée, presque remplie qu'elle est par une masse rénitente, présentant confusément le ballottement par le palper bimanuel. Cette tumeur prend contact directement avec la paroi abdominale antérieure, où elle offre une zone de matité. Elle est nettement séparée du foie, dont le palper et la percussion délimitent le bord inférieur.

En position de Trendelenburg, la tumeur est indépendante de l'utérus et de ses annexes.

Ce n'est donc pas un kyste de l'ovaire ni un kyste hydatique. D'ailleurs, la malade n'a pas de chiens et l'examen de son sang ne dénote pas une augmentation de ses éosinophiles.

Serait-ce une hydronéphrose ? Mais la malade n'a aucun antécédent urinaire, aucun syndrome néphrétique, et moins encore de lithiase. Ce pourrait être enfin, pour se rabattre sur des raretés, soit une tumeur paranéphrétique, soit un kyste du rein.

La *radioscopie* montre l'abaissement du côlon, refoulé qu'il est par la tumeur sus-jacente.

Le cathétérisme urétéral avec sonde opaque montre que la sonde

décrit une longue courbe à concavité externe contournant la tumeur.

Intervention. — Incision et technique de la découverte de l'uretère lombaire. Découverte d'un gros kyste séreux inséré tout le long du bord convexe du rein droit. Son adhérence était intime avec la fosse iliaque, et comme sa valeur fonctionnelle était notamment diminuée, il a paru plus simple de pratiquer la néphrectomie.

Suites opératoires normales. Guérison.

CONCLUSIONS

I. — Le kyste séreux du rein est une affection extrêmement rare; il n'en existe que 134 observations dans la littérature médicale jusqu'à ce jour.

II. — Son origine est discutée, mais on croit le plus généralement que le kyste séreux du rein est congénital.

III. — Presque toujours unique, il siège à l'un des pôles du rein, à l'inférieur de préférence. Il a une forme régulière, un volume plus ou moins important.

IV. — Sa constitution histologique en fait une tumeur bénigne que ne dément pas son histoire clinique.

V. — La symptomatologie est fruste, son évolution lente, exempte de complications. Seul le volume de la tumeur peut provoquer des signes de compression.

VI. — Son diagnostic n'est pour ainsi dire jamais posé (11 fois sur 134). Aucun signe n'étant réellement pathognomonique : il ne faut négliger aucun examen radiologique ou chimique. Il est probable que l'utilisation de la pyélographie et surtout de la pyéloscopie permettront plus souvent à l'avenir de faire un diagnostic précis.

VII. — Le pronostic est favorable, tant à cause de la lenteur de l'évolution que de la bénignité de l'opération.

VIII. — Le traitement de choix est celui que nous avons exposé, à savoir l'énucléation partielle ou résection en collette, qui offre le minimum de risques avec toutes les garanties de non-récidive.

VU, BON A IMPRIMER :

VU : *Le Doyen,*

Le Président,

C. SIGALAS.

G. CHAVANNAZ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 7 janvier 1930.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ANGELI. — Grande cisti sierosa del rene sintstro in giovine donna gravida. *Arch. ital. di chir.*, t. VIII, 3 mai 1923, p. 219.
- BLANCHARD. — Kyste séreux du rein. *Gaz. médicale de Nantes*, t. XXXI, n° 13, 29 mars 1913, p. 245.
- GASTANO et ASTRALDI. — Case of serous cyst. *Revista de especialides*, Buenos-Aires, t. II, 1927, p. 81.
- CHARLET et TARTANSON. — Grand kyste séreux du rein droit. Néphrectomie. *Cahiers de pratique médico-chirurgicale*, Avignon, 2° année, n° 5, 15 mai 1928, p. 7.
- CHAISSERINI. — Contributo alla studio delle grandi cisti serous del rene. *Clinica chirurg.*, Milan, 1916.
- COSTANTINI et BERNASCONI. — Kyste séreux du rein gauche. *Algérie médicale*, septembre 1927.
- CUNNINGHAM. — Kyste séreux du rein. *Trans. of the Amer. Ass. genito-urin. surg.*, 1916.
- DELORE et MALLET-GUY. — Grand kyste séreux du rein et néphrectomie partielle. *Lyon chirurg.*, t. XXII, 1925, p. 3.
- DESROS. — Kyste séreux du rein tuberculeux. Cité d'après Laquière, *Annales des maladies des org. gén.-urin.*, 1911.
- DOZSA. — Contribution à l'étude des grands kystes séreux du rein. *Zeits. f. Urol. Chirurg.*, XXII, fasc. 1-2, avril 1927, p. 70; anal. in *Journ. de chirurg.*, XXXI, n° 4, p. 601.
- FOWLER. — Simple serous cyst of kidney. *New-York med. Journ.*, n° 23, 2 décembre 1911, p. 1109.
- FULLERTON. — Kyste séreux du rein. *The Brit. Journ. of surg.*, n° 56, avril 1827, p. 629; anal. in *Journ. de chirurg.*, XXXI, n° 2, p. 306.

- GAYET. — Grands kystes séreux bilatéraux des reins. *Lyon médical*, 1913, p. 536.
- GIULIANI. — Kyste séreux du rein, néphrectomie. Soc. de méd. de Lyon, 9 avril 1913; in *Lyon médical*, 1913, p. 237.
- Kyste hématique et kyste séreux du rein. *Journ. d'urologie*, t. III, 1913, p. 619.
- GUINSBOURG. — Des grands kystes séreux du rein. Thèse de Paris, 1903.
- HARPSTER BROWN DELCHER. — Solitary unilateral large serous cysts of the kidney. *Journ. of urol.*, Baltimore, février 1924.
- HERTZ. — Double kyste séreux du rein gauche. *Bull. et mém. de la Soc. de chirurgie de Paris*, n° 31, 27 novembre 1923, p. 1345.
- Double kyste séreux du rein gauche, néphrectomie. *Bull. et mém. de la Soc. nat. de chir. de Paris*, n° 31, 27 novembre 1923.
- KNEBGEN. — Un grand kyste séreux du rein. Soc. des sciences médicales du grand-duché de Luxembourg, séance de mai 1928, et *Bruxelles médical*, n° 34, 24 juin 1928, p. 1132.
- LACOUTURE, BOX et FLYE SAINTE MARIE. — Grand kyste séreux du rein. *Journ. de méd. de Bordeaux*, n° 20, 1924, p. 859.
- LAQUIÈRE. — Kystes séreux du rein et opérations consécutives. *Journ. de chirurg.*, septembre 1923, p. 257, XXVI.
- LEGUEU. — Kyste séreux du rein. *Traité chirurg. d'urol.*, 1910, Alcan, éditeur.
- LUDOWIGS. — Rein en fer à cheval avec grands kystes séreux et bassinets surnuméraires. *Zeits. f. urol. chirurg.*, XXV, fasc. 1-2, 26 juillet 1928.
- MICHON. — Kyste séreux du rein. *Journ. d'urol.*, XIV, 1922, p. 157.
- MOSTI. — Contr. allo studio della grande cisti sierosa del rene. *Gaz. osp.*, Milan, 1922, p. 1121.
- PASQUEREAU. — Volumineux kystes séreux du rein. *Gaz. médicale de Nantes*, t. XXXI, p. 18, 3 mai 1913.
- PAUS. — Kyste séreux du rein. *Deuts. Zeits. f. Chirurg.*, t. CXXXII, 1915, p. 197.
- PILLET. — Kyste séreux du rein. *Normandie médicale*, nos 8 et 9, août-septembre 1929, p. 227.

- PUJOL. — Kyste séreux du rein gauche. *Journ. d'uroł.*, XVIII, 1924, p. 487.
- RÉCAMIER. — Kyste séreux du rein. *Arch. des maladies des org. génito-urin.*, t. XI, n° 3, mars 1893.
- REVERS. — Kyste séreux du rein. *Brit. med. Journ.*, 1914, t. I, p. 702.
- ROCHET, THÉVENOT et ROMAND MONNIER. — Kyste séreux du rein. Soc. nationale de médecine et des sciences médicales, séance du 24 avril 1929, p. 195.
- SABRAZÈS. — Kyste séreux du rein. *C. R. de la Soc. de biologie*, 1920, p. 1110.
- SERR. — Kyste séreux du rein. *Toulouse médical*, 9 mars 1901, p. 112.
- SIMON (J.). — Des grands kystes séreux du rein. Thèse de Paris, 1906.
- TERRIER. — Grands kystes séreux du rein gauche. *Rev. de chirurg.*, 1890, p. 545.
- TOURNEUX. — Kyste séreux du rein. *Toulouse médical*, 5 novembre 1912.
- TUFFIER. — De l'ablation par dissection des grands kystes séreux du rein. *Arch. génér. de médecine*, t. II, juillet 1891, p. 5.
- VIGNARD. — Kystes séreux paranéphrétiques. *Assoc. franç. urol.*, 1901.
- WULFF. — Kystes séreux du rein. *Arch. f. Klin. Chir.*, t. CVI, 1915, p. 689.

